TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU



Docteur SOULIGOUX
Chirurgien des hôpitaux de Paris

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1901

TITRES SCIENTIFIQUES

Interne lauréat des hopitaux

Aide d'anatomie

Prosecteur provisoire a la Faculté, 1892.

Prosecteur titulaire, 1893.

Médaille d'or de chirurgie, 1893.

Lauréat de l'Académie (prix Oulmont).

Thèse de Doctorat, 1894 (médaille d'argent de la Faculté).

Vice-président de la Société anatomique

Chef de clinique chirurgicale, 1897.

Chirurgien des hopitaux, 1898.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — PATHOLOGIE

I. — THORAX

Des abcès froids du thorax. — *Thèse de Paris.*

Dans la première partie de notre travail, *Historique*, nous avons montré l'évolution des idées depuis Ménière jusqu'à notre époque où triomphaient les idées de Gaujot et la théorie de la lésion osseuse primitive, en indiquant chemin faisant quelques-unes des raisons qui nous font repousser la théorie de la périostite externe.

Dans la deuxième partie, nous avons étudié l'abcès du tissu cellulaire, l'abcès osseux, en nous appuyant sur les travaux du professeur Lannelongue.

Dans la troisième partie, nous avons démontré exacte l'opinion de Leplat, qui attribue à nombre d'abcès froids du thorax, comme point de départ une lésion pleurale, en nous appuyant sur des preuves cliniques, sur des preuves tirées de la pathologie générale et de l'anatomie pathologique.

Nous avons admis :

1° Des abcès du tissu cellulaire, forme rare ;

2° Des abcès primitivement osseux, forme fréquente ;

3° Des abcès primitivement d'origine pleurale, forme très fréquente.

Ces recherches sont à l'heure actuelle généralement admises.

M. le professeur Tillaux leur a donné la consécration de sa grande autorité dans son traité clinique. M. Peyrot les professa dans le traité de chirurgie Duplay et Reclus.

M. Péron, par un examen histologique les a définitivement démontrées (C. Péron, Th. Paris, 1896, *Recherches anatomiques et expérimentales sur la tuberculose de la plèvre).*

L'importance de ce travail n'est pas tant d'avoir démontré la nature des abcès froids d'origine pleurale, que d'avoir précisé le mode de traitement. Auparavant l'on se contentait de réséquer un bout de côte, malade ou non, de gratter les parois de l'abcès, et par ce mode d'opérer on voyait persister nombre de fistules interminables. En adoptant mes idées, il faut toujours réséquer la côte au voisinage de l'abcès pour aller à la recherche des points d'origine pleurale, et ne s'arrêter que quand la plèvre a été nettoyée, grattée, cautérisée. En suivant ces principes, on obtient la plupart du temps une réunion par première intention sans récidive.

Affections chirurgicales de la poitrine. In *Traité* de MM. Le Dentu et Delbet.

1° Malformations congénitales du thorax.
2° Contusions superficielles et profondes de la poitrine.
3° Fractures et luxations des côtes et du sternum.
4° Plaies de poitrine:
  Plaies non pénétrantes ;
  Plaies de la plèvre et du poumon ;
  Plaies du cœur et du péricarde ;
  Plaies du médiastin ;
  Plaies du diaphragme ;
5° Phlegmons et abcès des parois thoraciques :
  Phlegmons et abcès chauds ;
  Abcès du médiastin ;
  Abcès froids du thorax.
6° Pleurésie purulente.

7° Tumeurs da la poitrine :
 Tumeurs des parois thoraciqnea ;
 Tumaurs du poumon ;
 Tumeurs du médiastin.
8° Hernies du poumon.
9° Chirurgie pulmonaire.

Espaces intercostaux et abcès froids des parois thoraciques. — *Société anatomique*, 6 octobre 1892. — *Société anatomique*, novembre 1893 (en collaboration avec Bezançon).

Il s'agit d'un malada mort de tuberculosa pulmonaira avec pleurésie, pièce sur laquelle on voit qu'un abcès da la paroi thoracique s'ast développé par extension da la lésion plaurala.

Plaie de poitrine, contusion du cœur par balle. — *Société anatomique*, 15 janvier 1897.

La balle, pénétrant dans le 5e espaca gauche, a perforé la lame antérieura du poumon at s'arrêtait au niveau da la 10e vartèhra dorsale.

La cœur offre catte particularité qua sa surface est érodéa par une plaque de sphacèle grande comme une pièce da 2 francs, du fait seul de la contusion produite par la balle à travers le péricarde pariétal qui n'a pas été perforé.

Gangrène pulmonaire embolique après gastro-entéro-anastomose. — *Soc. anat.*, décembre 1899.

Cette malade était guérie de son intervention at s'apprêtait à partir lorsqu'alla fut prisa d'ambolias pulmonairas septiques parties da la surfaca ulcérée, déterminant des infarctus ; un da ces infarctus s'est rompu dans la plèvre amenant un hydropneumothorax.

Pleurésie purulente ancienne. — *Société de chirurgie*, 25 mai 1900.

J'ai montré à la Société de chirurgie un malade atteint de pleurésie purulente ancienne avec fistule. La cavité purulente occupait toute la hauteur de la cage thoracique. Par une incision en U, dont une branche partait de l'angle postérieur de l'omoplate et l'autre se portait en avant, près du sternum, j'ai disséqué un lambeau cutané considérable. Les 7 côtes inférieures et la plèvre très épaissie furent enlevées. La poche pleurale ainsi mise à nu, j'ai, au lieu de pratiquer la décortication de Delorme, désinséré le poumon a la périphérie de la poche et, ceci fait, j'ai vu cet organe devenu mobile faire hernie à travers la brèche thoracique. L'état général s'est rapidement amélioré, et quand j'ai présenté le malade à la Société de chirurgie il ne restait plus qu'une légère fistulette laissant à peine passer le stylet et ne donnant lieu qu'à un écoulement de quelques gouttelettea de pus. Le malade voulait absolument reprendre son travail et remplissait d'ailleurs dana le service le rôle d'un infirmier.

Fractures du sternum expérimentales de cause directe. — *Traité de chirurgie*, de MM. Le Dentu et Delbet.

J'ai étudié la direction des traits de fracture, le rapport dea fragments entre eux. J'ai constaté que toujours, même dans les fractures les plus légères, il existait en même temps des ruptures des cartilages costaux ou dea côtes.

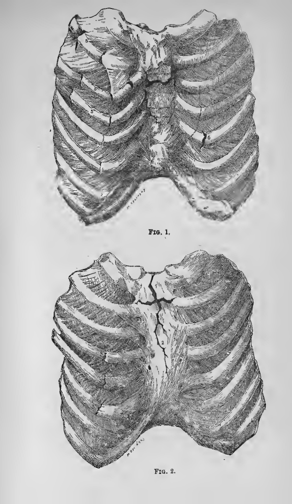


FIG. 1.

FIG. 2.

II. — TUBE DIGESTIF

II. — Gastro-entéro-anastomose, entéro-anastomose, cholécystentéro-anastomose sans ouverture préalable de la cavité des organes à anastomoser. — *Société de chirurgie*, 1896.

J'ai eu pour but d'sboucher estomac à intestin, intestin à intestin, vésicule biliaire à intestin, ssns ouvrir au préalsble leurs cavités.

Pour arriver à ce résultat, je détermine sur chacun des orgsnes à anastomoser une plaque de sphacèle. Les deux plaques sont adossées face à face psr un surjet. Des adhérences péritonéales s'établissent ; au bout de quarsnte-huit heures, les zones spbacélées tombent, les adhérences sont alors plus que suffisantes pour empêcher la séparation des deux organes.

Voici comment je procède :

L'instrumentstion spéciale comprend :

1° Une pince très puisssnte, que M. Collin a eu l'obligeance de me fabriquer ;

2° Une mince aiguille de Reverdin;

3° Du fil de soie (n° 3);

4° De la potasse csustique solide.

Gastro-entéro-anastomose. — La psroi abdominale ouverte, on va d'abord à la recberche de la première anse du jéjunum. Celle-ci une fois trouvée, on passe à travers son mésentère un fil de soie, destiné à la msintenir bors de la cavité sbdominale.

L'aide aplatit cette anse et en présente le bord libre. L'intestin ainsi aplati, est engagé entre les deux mors de la pince. L'opérateur serre celle-ci. Il peut à cela employer toutes ses forces sans couper l'intestin. On sent et on entend les tissus s'écraser ; les

deux parois intestinales ainsi accolées deviennent tellement minces qu'elles sont transparentes : l'intestin crie mais ne se rompt pas. La pince enlevée, l'intestin, sous l'influence de ses fibres musculaires et peut-être de son contenu, s'étale de lui-même au niveau de la portion serrée.

Les mêmes manœuvres sont répétées sur l'estomac. Ici il est important que l'aide étale bien le pli formé sur l'estomac et qu'il évite, au moment où s'exerce la pression, de laisser glisser la muqueuse.

Nous avons ainsi déterminé, sur les deux organes, deux zones mortifiées, où les tissus écrasés ne tardent pas à prendre une coloration noirâtre. Seul le péritoine a résisté et n'a pas été broyé.

Sutures. — Un surjet est commencé à 2 millimètres environ des surfaces mortifiées et réunit leurs deux bords internes dans toute leur étendue.

Cautérisation. — A ce moment, avec un morceau de potasse caustique solide, je cautérise assez largement les surfaces broyées dans toute leur étendue. Elles prennent une coloration noirâtre L'aide, à mesure que l'on promène la potasse, éponge avec un tampon, et jamais je n'ai vu la potasse diffuser en dehors des zones mortifiées.

Continuation du surjet. — La cautérisation finie, le surjet est repris, réunissant les deux bords externes et, revenu à son point de départ, se termine par un nœud fait avec les deux extrémités du fil.

L'on vérifie la ligne de suture. Si quelque point noir, coloré par la potasse, apparaît, il est enterré sous un ou deux points de suture séparée.

L'opération est terminée; elle n'a pas demandé plus de vingt minutes au maximum. Il ne reste qu'à fermer le ventre par la suture de la paroi.

Entéro-anastomose. — L'entéro-anastomose se fait exactement de la même façon que la gastro-entérostomie.

Cholécystentéro-anastomose. — J'ai cherché à produire quelque chose d'analogue à l'ampoule de Vater. Je ne l'ai, d'ailleurs,

pratique qu'une fois sur un chien qui s été tué un mois après.

Dsns ce procédé, je n'ouvre ni la vésicule biliaire ni l'intestin.

1° Sur l'intestin, je trace svec le bistouri une incision elliptique de 3 centim. de long sur 2 de lsrge, ne comprenant que les tuniques séreuses et musculaires. J'enlève le lambeau ainsi circonscrit.

Je mortifie et cautérise ensuite, sur une étendue de 1/2 centimètre, la muqueuse ainsi mise à découvert.

2° Sur chacune des faces antérieure et postérieure de ls vésicule, je passe un mince fil srmé d'une fine aiguille.

3° La face postérieure de la vésicule est réunie par un surjet su bord postérieur de la surfsce intestinale cruentée.

4° Le sommet ou fond de la vésicule est broyé et cautérisé à la potasse.

5° Le fil antérieur qui s'attache sur la face antérieure de la vésicule est passé à travers l'intestin, en avant de la zone muqueuse mortifiée.

Le fil postérieur est passé de même en arrière de cette zone.

6° Après que les fils sont sortis à travers l'intestin, ils sont confiés à un aide qui tire dessus, attirant ls vésicule qui repousse la muqueuse intestinsle, s'invaginant ainsi dans la cavité intestinsle.

Le surjet est continué pendant que l'side maintient les fils. Dès qu'il est terminé, les fils de traction sont coupés au ras de l'intestin, dans la csvité duquel il rentre.

Quarante-huit heures après, les zones mortifiées tombent dans la cavité intestinale et la vésicule communique, par suite, avec l'intestin.

Si on examine ls pièce, on peut se rendre compte que l'orifice se trouve au sommet d'un bourrelet muqueux, qui n'est pas ssns présenter quelque ressemblance svec la saillie faite par l'smpoule de Vater. Les fibres intestinsles forment, de même, autour de la vésicule une sorte de sphincter.

Les pièces que j'ai présentées à ls Société de chirurgie proviennent de chiens. Les expériences ont été réglées de telle sorte que j'ai pu me rendre compte du mode d'action et de la rapidité d'élimination.

Quatre de ces pièces (deux gastro-entéro-anastomoses, deux entéro-anastomoses) montrent qu'au bout de vingt-quatre heures le sillon d'élimination est déjà parfaitement formé, et que les deux plaques adossées ne forment plus qu'un mince lambeau flottant, prêt à se séparer.

Trois autres pièces ont trait à des opérations différentes :

1° *Entéro-anastomose.* — Chien tué quarante-huit heures après. L'élimination est faite, mais les adhérences, bien que largement insuffisantes, sont encore molles, et les deux muqueuses ne sont pas encore réunies.

2° *Gastro-entéro-anastomose.* — Chien tué quarante-huit heures après. Les deux muqueuses sont accolées ; la réunion se fait. Les adhérences péritonéales sont déjà très solides.

3° *Entéro-anastomose.* — Chien tué dix jours après. Les adhérences sont très solides ; les deux muqueuses sont réunies et se continuent l'une l'autre.

Sur deux autres pièces provenant de deux chiens, opérés le vendredi soir et tués le mercredi matin, on peut constater les particularités suivantes en rapport avec les interventions pratiquées :

a) Gastro-entéro-anastomose. — On peut voir les adhérences péritonéales parfaites ; l'estomac communique avec l'intestin par un orifice de 2 centim. de diamètre. Les deux muqueuses sont réunies.

Il n'y a pas la moindre trace de lésions des muqueuses en dehors de l'orifice.

b) Gastro-entéro-anastomose et *entéro-anastomose* pratiquées dans la même séance.

Ces pièces n'ont pas été ouvertes. Vues de l'extérieur, elles présentent le même aspect que la précédente, et les anastomoses établies sont parfaites, comme je m'en suis assuré en faisant circuler de l'eau dans le tube digestif.

Telles sont ces opérations, bien plus faciles à faire qu'à décrire, et que j'ai déjà pratiquées plusieurs fois sur l'homme avec autant de succès que chez l'animal.

De la gastro-entéro-anastomose par le procédé de Souligoux. — In Thèse Paul Roy, Nancy, 1899.

Vingt-huit observations de gastro-entéro-ansstomose psr ce procédé.

Gastro-entéro-anastomose par le procédé de Souligoux. — In Thèse Mamulia, Bucarest, 1898.

Gastro-entéro-anastomose. Circulus viciosus. Entéro-anastomose jéjuno-jéjunale. Guérison. — *Société de chirurgie*, 14 décembre 1898.

De l'évolution lente du cancer du gros intestin. — In Thèse Crespin, Paris, 1895.

Une observstion.

De l'évolution lente du cancer du gros intestin. — In Thèse Verrié, 1891.

Tubes pour entérorraphie circulaire. — *Société anatomique*, 1897.

Ces tubes sont formés de sucre, de gomme adrsgante ct peuvent être portés à 150° sans être altérés.

Grâce à ces tubes, on peut facilement faire des entérorraphies circulaires ssns crsindre de déterminer un rétrécissement secondaire de l'intestin.

Résection du cæcum et de la terminaison de l'intestin grêle pour cancer. Entéro-anastomose latéro-latérale. — Présentation du malade. — *Société de chirurgie*, 1900.

Entéro-anastomose ilio-sigmoïdienne. Résection du cæcum et de la terminaison de l'intestin grêle sans entérorraphie circulaire sur tube en sucre. Guérison. — Observation publiée par M. NÉLATON. In Thèse COMPOINT, 1897.

Occlusion intestinale par volvulus, consécutif, et adhérence produite par une appendicite ancienne. — *Société anat.*, 1899.

Cet homme, âgé de 84 ans, était atteint d'occlusion depuis quatre jours ; il mourut sans être opéré. A l'autopsie on vit que le cæcum, le côlon ascendant, la terminaison de l'intestin grêle étaient solidement fixés par des adhérences et que, de plus, l'intestin grêle était tordu sur lui-même.

Épithélioma cylindrique du cæcum. Ablation. Guérison.

Il s'agissait d'une tumeur ayant considérablement rétréci les parois du cæcum. J'enlevai la tumeur et pratiquai une entéro-anastomose latéro-latérale.

Hernie d'une frange épiploïque, à travers la paroi abdominale.

Une femme, en faisant un violent effort vit sortir, au point où l'on avait placé un drain à sa première opération, une tumeur rouge, de consistance ferme, pédiculée. L'examen pratiqué par M. Cornil montra qu'il s'agissait bien d'une frange épiploïque.

Ulcère perforant du duodénum. — *Société anat.*, 16 juillet 1897.

Il s'agissait d'un homme pris subitement de douleurs vives de l'abdomen. Cet homme était sujet à des coliques de plomb,

auxquelles on pensa d'abord. Le ventre ouvert, on trouva une perforation de la première partie du duodénum. Sutures. Mort douze heures après l'opération.

Rétrécissement du rectum. Rectite inilammatoire. Anus contre nature. Dilatation de haut en bas; iermeture de l'anus contre nature. Rétablissement normal des ionctions. — *Société de chirurgie*, 3 avril 1901.

Hernie inguinale récidivée. In thèss ds Désir, 1900.

Deux observations.

Épulis fibreuse. — *Société anatomique*, juin 1897.

Cette tumeur siégeait en arrière de la dernière molaire inférieure: elle était volumineuse, grosse comme le pouce, et se dirigeait en arrière recourbée en crochet vers le voile du palais.

L'examen histologique pratiqué par M. Pilliet montra qu'elle était entièrement fibreuse, ne contenant ni myéloplaxes, ni fragments osseux, ni cordons épithéliaux.

Kyste multiloculaire du maxillaire iniérieur. — *Société anatomique*, décembre 1892.

Il s'agissait d'une tumeur du maxillaire inférieur opérée par M. Tillaux, qui à deux reprises l'avait extirpée; mais cette tumeur avait récidivé. Elle occupait le corps du maxillaire, l'angle et une partie de la branche montante, et était composée de loges séparées par des tractus fibreux et remplies de liquide.

M. Tillaux fit l'extirpation du maxillaire inférieur. L'examen histologique pratiqué par M. Pilliet montra qu'il s'agissait d'un épithélium adamantin avec transformation kystique et dégénérescence graisseuse.

De la cure sanglante des hémorrhoïdes par le procédé de Withehead. In thèse VIRON, 1899.

Quatre observations, avec résultats parfaits.

Hernie de l'estomac, du côlon transverse et d'une portion de l'intestin grêle. — *Société anatomique*, janvier 1896.

La partie d'estomac herniée était séparée de la partie abdominale par une zone rétrécie de 6 centim. de hauteur. La partie herniée avait 14 centim., et la courbe inférieure avait 34 centim.

La hernie épiploïque était une hernie oblique externe. La grosse hernie était une hernie directe. Il y avait deux sacs herniaires : l'interne (hernie directe) contenait estomac, gros intestin, grand épiploon, intestin grêle ; l'autre, externe, contenait l'épiploon passant par le canal inguinal normal.

Du traitement des fistules à l'anus.

Depuis les travaux de Quénu et Hartmann, tous les chirurgiens admettent que dans la plupart des cas il est inutile d'inciser le rectum et son sphincter. Toutefois, dans le cas de fistules complètes sus-sphinctériennes ou intra-sphinctériennes, tous les auteurs conseillent d'inciser le rectum et ses sphincters ; puis, après avoir enlevé le trajet fistuleux, de reconstituer le rectum et son sphincter. Dans la thèse de Barge j'ai montré qu'en aucun cas il était nécessaire d'inciser le rectum.

Dans les fistules superficielles sous-cutanées ou sous muqueuses, en un mot, dans toutes les fistules situées en dedans ou au-dessous des sphincters, il suffit d'enlever le trajet fistuleux et de suturer les parties avivées.

Dans les fistules extra-sphinctériennes et transphinctériennes l'ablation peut être faite sans intéresser le sphincter. Dans les

fistules intra-sphinctériennes on dissèque la fistule, enlevant bien quelques fibres du sphincter mais en en respectant le plus grand nombre. S'il existe un orifice rectal, on avive la muqueuse anale, en enlevant les tissus scléreux qui le bordent. On se trouve alors en présence d'une large plaie au fond de laquelle se montre une ouverture conduisant dans le rectum et qui est fermée *comme une plaie quelconque de l'intestin*. Le trajet cruenté est alors réuni par des points de suture.

De même dans toutes les autres fistules siégeant soit dans la fosse ischio-rectale, soit dans l'espace pelvi-rectal supérieur, on peut toujours, dans l'extrême majorité des cas, enlever le trajet fistuleux; suturer l'orifice rectal sans être obligé d'inciser le rectum et le sphincter. J'ai vu fermer ainsi des fistules dont l'orifice interne siégeait à 8 centim. de l'anus.

Dans tous les cas, même dans ceux où par exception il serait impossible de fermer l'orifice rectal à cause de sa situation trop élevée, je repousse la rectotomie. En effet, l'ablation du trajet fistulaire et le drainage seront suffisants pour amener la guérison. Bien plus, j'estime que dans les cas les plus malheureux où cette tentative ne réussirait pas, ce serait encore un succès de laisser persister une fistule insignifiante, qui ne serait somme toute qu'une infirmité bien moins grande, comme le dit M. Tillaux, qu'une incontinence complète des gaz ou des matières fécales.

Dans tous les cas qui ont été traités depuis deux ans dans le service de M. Peyrot et qui font le sujet de la thèse de Barge, j'ai toujours obtenu une guérison complète. Dans quelques cas la désunion s'est faite, mais toujours la cicatrisation s'est produite, comme le prouvent les 20 observations que Barge a publiées dans sa thèse. (Thèse de Barge, 1900.)

Hernie interstitielle étranglée avec ectopie testiculaire. — *Société de chirurgie*, 24 janvier 1900.

Dans cette observation, j'ai montré que les causes mécaniques qui s'opposaient à la descente du testicule étaient telles que l'avait

indiqué M. Berger à la séance de la Société de chirurgie du 4 mai 1893.

Appendicite opérée à chaud, trente heures après le début des accidents. — *Société de chirurgie*, 22 mars 1899.

L'appendice présentait une vingtaine de petits abcès rougeâtres, consécutifs à une folliculite généralisée. Drain. Réunion par première intention ; les fils sont enlevés au huitième jour.

Épithélioma cylindrique suppuré du pylore ; ectasie cancéreuse et purulente à streptocoques du canal thoracique (en collaboration avec Milian). — *Soc. anat.*, janvier 1900.

Un homme de 40 ans fut envoyé du service de M. Tapret dans le service de M. Peyrot, à l'hôpital Lariboisière, pour y être opéré d'une gastro-entéro-anastomose, commandée par des signes de stase gastrique d'origine néoplasique.

A son entrée, salle Nélaton, lit n° 4, cet homme avait une température de 39°. Le lendemain matin, 23 décembre, celle-ci s'élevait à 39°,5. M. Souligoux, qui vit le malade à ce moment, lui trouva une sensibilité exquise au creux épigastrique, le facies péritonéal ; le pouls petit, filiforme. Et comme il existait, en outre, des vomissements, M. Souligoux pensa qu'il s'agissait d'une perforation de l'estomac et l'opéra d'urgence.

Après l'incision de la paroi abdominale, il tomba sur des fausses membranes fibrineuses unissant l'estomac à la face inférieure du foie et mêlées de pus. Il y avait périgastrite, mais non péritonite généralisée. Il n'existait pas, à proprement parler, de perforation de l'estomac ; mais la paroi de l'organe était friable, comme spongieuse et, se déchirant au cours de l'opération, apparut infiltrée de pus en même temps que de cancer.

La déchirure accidentelle fut suturée et, d'autre part, la gastro-entéro-anastomose par abouchement antérieur fut pratiquée, l'opé-

ration postérieure n'étant pas réalisable dans les conditions où se présentait l'estomac.

Malgré les soins qui lui furent donnés, malgré les injections de sérum artificiel répétées chaque jour, l'état général du malade s'aggrava ; la température, tombée le soir même de l'opération à 39 et le lendemain matin à 38°,2, monta le soir à 39° et le malade mourut dans la nuit du 24 au 25 décembre.

L'AUTOPSIE révéla les lésions suivantes :

L'*estomac*, modérément dilaté, présente au niveau du pylore un cancer végétant, annulaire, oblitérant presque complètement l'orifice. A ce niveau, la paroi est molle, spongieuse et à la surface de la section de cette paroi on peut faire sourdre par pression quelques gouttelettes de pus verdâtre ou vert jaunâtre.

En arrière de l'estomac, existent de grosses masses blanchâtres, duree, qui eont des ganglions cancérisés.

Le pancréas, l'intestin sont indemnes.

Par contre, loreque la masse gaetro-intestinale est extirpée, on voit contre la colonne vertébrale : 1° au niveau de la région lombaire, des ganglione cancéreux énormes cachant totalement le rachis, et 2° au milieu d'eux et faisant corps avec eux, la citerne de Pecquet, large de deux travers de doigt, d'où part le canal thoracique dilaté, du volume de l'index. Citerne de Pecquet et canal thoracique sont remplis d'un pus verdâtre.

A la partie eupérieure du canal thoracique, il y a deux ganglions sus-claviculairee accolés.

Lee autres organes ne présentent pas de lésions importantes ; les poumone ont une congestion légère des deux bases. Le cœur eet normal ; la rate molle et diffluente ; le foie en dégénérescence graisseuse totale. Les reins, de volume normal, sont complètement blanchâtres à la coupe.

L'examen microecopique de ces différentes lésions fut pratiqué.

L'*estomac* révélait un épithélioma cylindrique. Mais, au-dessous de lui, la paroi était infiltrée de cellules lymphatiques de toutes eortes, plasmazellen en particulier. De place en place, on y voyait de petits abcès miliaires formée par une accumulation de lymphocytes.

Cette paroi stomacale montrait une grande abondance de bactéries de même espèce, grandes et grosses, à espaces clairs, isolées, droites, quelquefois un peu flexueuses, vivement colorées.

Les *ganglions* voisins étaient complètement envahis par l'épithéliome cylindrique.

Quant au *canal thoracique*, examiné dans la partie inférieure, il apparaissait lui aussi envahi par le cancer. Des végétations de cellules cylindriques s'appuyaient sur sa paroi et la dissociaient de dedans en dehors. Sa lumière y était remplie de cellules cancéreuses, mêlées de globules blancs de toutes catégories où pullulait en grande abondance le streptocoque. L'examen du pus sur lamelles avait révélé les mêmes chaînettes spreptococciques.

Dans la partie supérieure, à quelques centimètres de l'abouchement à la sous-clavière, le canal thoracique ne présentait que de l'infiltration purulente sans envahissement cancéreux.

Il nous paraît intéressant de relever dans cette observation :

1° La rareté des cas d'infiltration purulente du canal thoracique;

2° La vérification de cette « loi » posée par Troisier, que la cancérisation des ganglions sus-claviculaires est toujours précédée de l'infiltration cancéreuse du canal thoracique, et que celle-ci s'accompagne toujours de volumineuses masses ganglionnaires néoplasiques de la région lombaire;

3° L'infiltration purulente de la paroi gastrique cancéreuse ou gastrite phlegmoneuse.

Adénome du plancher de la bouche. — *Société anatomique*, juin 1900.

M. Tillaux, quatre ans auparavant, avait extirpé une petite tumeur de cette région. La récidive s'étant produite, pour éviter la récidive j'ai enlevé la plus grande partie des glandes sublinguales.

L'examen histologique, pratiqué par M. Milian, montre qu'il s'agissait d'un adénome des glandes sublinguales.

Des anastomoses gastro-intestinales et intestino-intestinales. — Rapport fait au *Congrès international de médecine*, 1900.

Conclusions. — *Anastomoses intestinales et gastro-intestinales.* — « 1° Les anastomoses intestinales constituent, dans le traitement du cancer et des rétrécissements de l'intestin, l'opération principale le plus souvent, ou l'opération complémentaire.

« En présence d'un cas d'obstruction intestinale aiguë ou même chronique, les anastomoses intestinales doivent céder le pas à l'anus contre nature, quitte à intervenir secondairement plus tard.

« Dans le cas de *ralentissement* dans le cours des matières sans obstruction, si l'on se trouve en présence d'une tumeur mobile, facilement enlevable, c'est l'entérectomie qui devra être pratiquée; mais l'opération doit se terminer par une anastomose soit latéro-latérale, soit termino-latérale, opérations plus simples, plus rapides, plus sûres qu'une entérorrhaphie circulaire.

« Si la tumeur est adhérente, si son ablation complique beaucoup l'intervention, l'anastomose est l'unique opération à pratiquer; elle est peu grave et, bien que palliative, donne une survie assez considérable. Elle devra, dans le cas de rétrécissement ou de cancer du cæcum, être un abouchement à l'iléon de l'S iliaque, et, dans le reste du gros intestin, des parties du côlon situées au-dessus et au-dessous de l'obstacle.

« Dans le cas de hernie étranglée, elle peut être une opération préparatoire ou définitive, bien plus simple et plus sûre qu'une entérorrhaphie circulaire.

« 2° L'estomac est devenu un organe essentiellement chirurgical; seules les dyspepsies d'origine nerveuse échappent à l'intervention.

« Dans le cas de sténoses cicatricielles du pylore ou de la première portion du duodénum, la gastro-entéro-anastomose est l'opération de choix, la seule permise puisqu'elle est presque sans danger, qu'elle pare à tous les accidents et que grâce à elle les malades retrouvent une santé florissante. De plus, elle est moins grave et plus sûre que la pylorectomie ou la gastroplastie.

« Dans les sténoses d'origine cancéreuse, c'est encore la gastro-entéro-anastomose qui, dans l'état d'esprit actuel des *médecins* et des *malades*, sera le plus souvent employée. La pylorectomie ne devra lui être préférée que dans les cas de cancers au début, sans adhérences hépatiques, pancréatiques ou côliques, sans envahissement des ganglions préaortiques, pancréatiques et hépatiques, et bien entendu quand il n'existera pas de traces de généralisation; en un mot, quand elle sera facilement praticable et à condition de suivre la technique que viennent de préconiser MM. Hartmann et Cunéo. La gastro-entéro-anastomose sera le plus souvent le complément nécessaire de la pylorectomie quand on aura pratiqué les larges résections de l'estomac et du duodénum.

« Dans le cas d'ulcère de l'estomac en voie d'évolution, l'anastomose gastro-jéjunale sera encore très utile, non pour arrêter les hémorrhagies, mais pour mettre l'organe au repos et permettre la cicatrisation de la lésion.

« Dans l'estomac biloculaire d'origine cicatricielle, la gastro-entéro-anastomose est l'opération de choix, bien supérieure à la gastroplastie.

« Dans les dyspepsies, quand le malade n'est pas amélioré par le traitement médical, quand persistent des phénomènes de rétention alimentaire avec douleurs violentes, causes de contracture du pylore, elle sera l'opération de nécessité; faite de bonne heure elle sera peu grave, et permettra à l'estomac de se guérir en donnant une voie d'échappement au contenu stomacal.

« La méthode de von Hacker est de beaucoup préférable quand elle est possible; la voie antérieure ne devra être suivie qu'en cas d'impossibilité de pratiquer l'anastomose postérieure.

« L'opération physiologiquement la plus complète est celle faite suivant le procédé de Roux; cependant la voie postérieure, mettant à l'abri de la plupart des accidents de circulus viciosus, me semble préférable, qu'elle soit exécutée par des procédés de sutures, de boutons anastomotiques ou d'écrasement que j'ai préconisé : elle est en effet plus rapide et, par suite, moins grave. Dans le cas où se produiraient des phénomènes d'obstruction par coudure, il ne

faudrait pas hésiter à pratiquer une anastomose secondaire jéjuno-jéjunale, comme l'ont fait Ricard, moi-même et bien d'autres. »

Pince à écrasement du Dr Souligoux.



Fig. 3.

III. — FRACTURES DES MALLÉOLES

Mécanisme des fractures des malléoles. — *Congrès de chirurgie*, 1896.

Dans le renversement du pied en dedans, la fracture du péroné, pour tous les auteurs, se produit par arrachement; la malléole interne se brise par pression, de dehors en dedans et de haut en bas.

Dans le renversement du pied en dedans, les opinions diffèrent :

Maisonneuve admet que le pied, représentant une tige inflexible articulée à angle droit avec la mortaise péronéo-tibiale, presse la malléole péronière de dedans en dehors et d'avant en arrière, au point d'en rompre la continuité si l'effort est suffisant, puis que, les mouvements continuant, les ligaments latéraux internes résistent et arrachent la malléole tibiale, ou bien se rompent. C'est la fracture *par divulsion* de Maisonneuve.

M. Tillaux pense, au contraire, que toujours les ligaments se rompent ou arrachent la malléole interne en premier lieu, et que la malléole externe se brise secondairement. En effet, la face externe de l'astragale vient dans toute sa hauteur faire effort contre la malléole externe et tend à l'écarter du tibia. Les ligaments péronéo-tibiaux peuvent, soit céder, soit arracher leurs points d'implantation tibiaux, et le péroné se brise à 6 ou 7 centim. de la pointe de la malléole externe. C'est la fracture *bimalléolaire par abduction* de M. Tillaux.

Pour élucider ce point de pathogénie, j'ai fait une cinquantaine d'expériences en ayant soin de ne me servir que de sujets frais ayant succombé depuis vingt-quatre heures seulement ; en effet, si l'on s'adresse, comme le pratiquait Maisonneuve, à des sujets

d'amphithéâtre, les ligaments latéraux internes se rompent sans produire de fracture.

J'ai toujours obtenu dans le mouvement d'abduction et de rotation en dehors un arrachement de la malléole interne en premier lieu, ce qui confirme pleinement les expériences de M. Tillaux. Mais je pense avoir précisé d'une façon complète le mécanisme de la rupture du péroné : après avoir fracturé la malléole interne par arrachement j'ai immobilisé, dans un appareil plâtré, le pied dans la position extrême qui permettait la disparition fonctionnelle de cette malléole; puis j'ai scié le tibia, le péroné en long ainsi que le pied. J'avais ainsi d'une façon parfaite la disposition des différentes pièces de la mortaise péronéo-tibiale, et j'ai pu constater que, contrairement à l'opinion admise, ce n'était pas la face externe de l'astragale qui repoussait le péroné. La disposition est la suivante : Par suite du renversement du pied en dehors, exagéré par la rupture de la malléole interne, la face supérieure de l'astragale devient oblique en bas et en dedans, le bord externe de cet os devient supérieur et tout le poids du corps porte sur ce bord et l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Il se produit à ce moment soit une déchirure des ligaments péronéo-tibiaux, c'est-à-dire un diastasis, soit un arrachement sur ces ligaments et leurs joints d'implantation, ce qui au fond revient au même. Le péroné est repoussé en dehors, et se brise au point où il est le moins soutenu, c'est-à-dire dans la région où il est abandonné sur les muscles long et court péroniers latéraux. De même dans le mouvement du pied en dedans, après rupture de la malléole externe, la face supérieure de l'astragale regarde en bas et en dehors, et le poids du corps vient porter sur le bord interne de la surface articulaire astragalienne et la base de la malléole interne qui éclate en ce point.

Névrome prérotulien. — *Société anatomique*, novembre 1896.

Il s'agissait d'une tumeur située le long du bord interne du tendon rotulien à la hauteur du sommet de la rotule. Cette tumeur,

survenue à le suite d'un coup, était indolente à la pression. L'exemen, pratiqué par M. Pilliet, montra qu'il s'egissait d'un névrome plexiforme.

Arthrite sèche du genou. — *Société anatomique*, avril 1898.

Dans cette pièce, la surface articulaire du côté du fémur a l'aspect vitreux et offre des saillies linéaires qui répondent à des gouttiéres profondes du côté de la rotule.

Pseudarthrose de l'humérus. Tentative de consolidation par une tige d'acier. — *Société de chirurgie*, 1898.

Il s'agit d'un jeune homme dont le bres droit aveit passé entre deux cylindres à laminer. Après deux tentatives de consolidation per le suture osseuse d'un pseudarthrose de l'humérus, je plaçei dans l'intérieur de la diephyse humérale une tige d'ecier de 8 centim. de long et d'un demi-centimètre de diamètre. Mon but était d'obtenir autour de cette tige d'acier la production de tissu fibreux qui prenant point d'appui sur elle immobiliserait suffisamment les deux fragments. Ce résultet a été en grande partie atteint, puisque le malade qui avait une pseudarthrose flottante pouveit lever fecilement le bras. Depuis, j'ai opéré ce melade, j'ei plecé une tige plus volumineuse percée à ses deux extrémités et je l'ai fixée à chaque fragment par un fil d'argent. Cette tige est restée en plece, le bras est totalement immobilisé et le pseuderthrose ne présente plus qu'une mobilité insignifiante.

Pseudarthrose de l'humérus. — *Soc. de chir.*, 20 mars 1897.

Le malade a été présenté par M. Tillaux à la Société de chirurgie, le 20 mars 1897. Après deux tentatives infructueuses de suture, nous tentâmes une troisième intervention evec M. Riche

qui fit une suture au fil d'argent et l'enchevillement avec des tiges d'ivoire, puis je disposai autour de la solution de continuité osseuse des fragments de périoste fémoral pris extemporanément chez un jeune chien. — Guérison.

Considérations sur un cas de tumeur à myéloplaxes des os du tarse. — In thèse Poineau, 1898.

Lipome du pli du coude. Contribution à l'étude des tumeurs du pli du coude. — In thèse Potier, 1898.

Sarcomatose généralisée. Point de départ dans le gros orteil gauche. — *Société anatomique* (en collaboration avec Possard), mai 1900.

Atteint à la fin de l'année 1899, cet homme succombe le 6 mai 1900. Les deux poumons, les plèvres sont farcis de noyaux sarcomateux ; le peritoine, les reins, le foie, les ganglions iliaques sont envahis. L'examen histologique, pratiqué par M. Brault, montre un mélange de sarcome globo-cellulaire et de sarcome fuso-cellulaire.

IV. — ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

Kyste dermoïde de la grande lèvre droite. — *Société anatomique*, mai 1899.

Fibrome de la lèvre droite. — *Société anatomique*, mars 1899.

Sarcome du col de l'utérus. — *Société anatomique*, janvier 1900.

Il s'agissait de masses végétantes implantées sur la lèvre postérieure du col. Je fis l'hystérectomie vaginale. La muqueuse utérine du col était intacte.

L'examen histologique, pratiqué par M. Milian, montre qu'il s'agit d'un sarcome à cellules fusiformes.

Sarcome à myéloplaxes de l'ovaire (en collaboration avec Pilliet). — *Société anatomique*, 16 avril 1897.

Kyste du ligament large et du canal de Gaertner. — *Société anatomique*, juin 1894.

Il s'agissait d'une tumeur fluctuante accolée à l'utérus et faisant une saillie prononcée dans le vagin.

L'examen histologique montre qu'il s'agissait d'un kyste du canal de Gaertner.

Infection puerpérale. Suppuration de l'ovaire gauche. Suppuration des ganglions du hile du rein. — Phlébite de la veine cave.

Femme atteinte d'infection puerpérale le 6 mai, morte le 13 juin.

L'utérus et la trompe étaient revenus à leur état normal et étaient sains.

L'ovaire gauche n'était plus qu'une coque de pus crémeux. A droite, les ganglions du hile du rein étaient purulents, adhérents à la paroi de la veine cave inférieure remplie par un caillot dans lequel M. Pilliet a retrouvé des amas de micrococcus disposés en chaînettes.

Infection puerpérale à forme pseudo-membraneuse. — *Société anatomique*, juillet 1890.

Kyste dermoïde de l'ovaire. — *Société anatomique*, 1892.

Dans ce kyste, il existait, outre une masse nettement dermoïde avec papille, tissu osseux, poils, une multitude de petits kystes constitués par un épithélioma rappelant celui des kystes de l'ovaire ordinaires. Il s'agissait donc d'un kyste à formation à la fois ectodermique et endodermique.

Les ganglions lymphatiques dans l'infection puerpérale. — *Société anatomique*, décembre 1890.

Dans cette observation, la femme qui en faisait le sujet présentait des inflammations ganglionnaires reproduisant la description donnée par M. Poirier. Le nerf sciatique droit était englobé dans une masse ganglionnaire qui expliquait les douleurs vives éprouvées par cette femme dans la cuisse droite.

Épithélioma calcifié de la tempe. — *Société anatomique*, mai 1898.

L'enfant porteur de cette tumeur était âgé de 8 ans. Le début avait été un furoncle n'étant pas arrivé à suppuration, mais qui resta dur, solide, non douloureux. La tumeur était aplatie, d'une longueur d'un centim. et demi, dure, comme crétifiée.

L'examen histologique, pratiqué par M. Pilliet, montra qu'il s'agissait d'une tumeur décrite par Richel sous le nom de kyste pierreux de la queue du sourcil et très étudié par Malherbe et Chenantais qui lui attribuent comme origine les glandes sébacées, et le nomment épithélioma sébacé calcifié.

Fractures du crâne ; disjonction de la suture occipito-pariétale. — *Société anatomique*, novembre 1893.

Il s'agit d'un type rare de fracture du crâne. Après chute sur la partie postérieure de la tête, il y a eu disjonction de la suture occipito-pariétale : à droite la disjonction se termine par un trait de fracture rejoignant la partie externe du trou déchiré postérieur. Il n'y a que 4 cas semblables dont les pièces sont déposées au musée Dupuytren.

Trépanations pour traumatismes du crâne. — *Société de chirurgie*, 6 juin 1900.

1° *Ablation d'esquilles osseuses comprenant une partie des lames horizontale et verticale du frontal, ainsi qu'une partie de l'os malaire.*

Le sujet, âgé de 12 ans, avait été serré entre un mur et une voiture. Opéré d'urgence dans un demi-coma. Il était porteur d'une

plaie de la région frontale gauche avec enfoncement manifeste. Les parties osseuses enfoncées sont enlevées. On constate que la zone antérieure du lobe frontal est dilacérée. Guérison.

2° *Trépanation pour enfoncement du crâne et abcès à la fois sous-cutané et cérébral.*

Il s'agissait d'un enfant âgé de 5 ans, ayant reçu sur la tête un brancard dont un des clous avait perforé le crâne et qui présentait une hémiplégie gauche. Le crâne était perforé au niveau de la partie supérieure de la zone rolandique droite. On trouva un abcès sous-cutané et cérébral, qui fut nettoyé et drainé après agrandissement de la perforation crânienne. L'opération fit disparaître tous les symptômes. Guérison.

3° *Trépanation pour enfoncement du crâne et méningite commençante.*

Cet homme, âgé de 25 ans, présentait une plaie de la région frontale gauche avec demi-coma et température de 39°,2.

La trépanation montra un enfoncement du frontal, dont les esquilles furent enlevées, et sous la dure-mère incisée un peu de pus. Le foyer sous-dure-mérien fut drainé. Guérison.

4° *Trépanation pour perforation du crâne et abcès du lobe frontal droit.*

Je fus appelé à soigner un jeune homme de 15 ans qui avait reçu sur la tête, d'une hauteur de 3 mètres, l'instrument à aiguiser les couteaux de boucher, vulgairement appelé fusil. Il existait un abcès au point frappé et un stylet conduisait dans un trajet intracérébral de 4 centim. de profondeur. La moindre pression déterminait des phénomènes convulsifs. L'incision fit reconnaître la perforation osseuse qui fut élargie et un foyer cérébral qui fut nettoyé et drainé. — Guérison.

5° *Trépanation d'urgence pour enfoncement de la région frontale droite.*

Cet homme, âgé de 25 ans, avait reçu sur la tête un coup de volant de machine. Amené dans le service en plein coma, la trépanation montre l'enfoncement du frontal et une dilacération complète du lobe frontal. — Mort.

Un cas de tétanos traité par l'injection intra-cérébrale d'antitoxine. Guérison.

Ce malade a été opéré par moi à Aubervilliers. L'observation en a été publiée par M. Roger, médecin de cet hôpital.

Calcul vésico-prostatique. — *Rapport* du Dr Bazy, 7 déc. 1898.

J'ai enlevé chez un homme un calcul vésico-prostatique ayant la forme d'un haltère. Une des boules se trouvait dans la vessie, l'autre dans la prostate, et la barre d'union occupait le col vésical. La boule prostatique fut enlevée par la taille périnéale, tandis que la boule vésicale fut extraite par la taille hypogastrique. — Guérison.

Écrasement et déchirures multiples du rein droit. Laparotomie puis néphrectomie. Guérison (en collaboration avec Fossard). — *Soc. anat.*, avril 1900.

Ce rein, atteint de ruptures traumatiques multiples que nous avons l'honneur de présenter à la Société, provient d'un malade entré dans le service de notre maître, M. le Dr Peyrot, et opéré d'urgence par M. Souligoux.

Le *22 mars 1900*, était admis salle Nélaton, lit n° 21, vers midi et demi, le nommé Félicien H..., charretier, âgé de 25 ans. Cet

homme nous raconte que par suite du choc d'une voiture venant en sens inverse, il était tombé du siège de son chariot à quatre roues pesant environ 2,000 kilogr. et que, pris en écharpe, les roues lui étaient passées sur la région lombo-abdominale droite. Relevé sans connaissance, il était transporté dans une pharmacie voisine et de là à l'hôpital Lariboisière. Passant de suite à l'examen du malade; nous constatons que cet homme est en léger état de choc traumatique : son visage est pâle, sa peau froide, son pouls un peu fréquent mais bien frappé, sa respiration assez facile ; répondant assez bien aux questions que nous lui posons, il nous indique de suite avec sa main la zone douloureuse, l'hypochondre et le flanc droits, la région lombaire droite. Au palper, nous constatons que le ventre est assez souple, peu douloureux, et pensons à une contusion abdominale. Après avoir fait appliquer de la glace sur le ventre, nous recommandons que l'on prenne bien la température, qu'on nous conserve les matières vomies s'il existe des vomissements et surtout, en prévision d'une contusion rénale, que les urines soient mises de côté.

A la contre-visite du soir, vers 4 heures et demie, le tableau clinique est complètement changé.

Température : 39°,5.

Urines. — Petite quantité (150 gr. environ) renfermant de nombreux caillots un peu allongés, de couleur rouge foncé, indiquant par suite une hémorrhagie sérieuse. Pouls moins bien frappé, plus rapide (105). Vomissements assez abondants, noirâtres, couleur suie, faisant penser à une hémorrhagie stomacale.

Ventre un peu plus ballonné, plus douloureux dans son ensemble, maximum de la douleur toujours dans le flanc droit.

En présence de tels symptômes, pensant à une contusion abdominale accompagnée vraisemblablement de déchirure du rein, je fais appeler M. Souligoux, qui n'hésite pas à pratiquer la laparotomie vers 5 heures et demie du soir.

Laparotomie médiane. — Après ouverture du péritoine, on aperçoit du sang et de l'urine épanchés en assez grande quantité au milieu des anses intestinales. On déterge la cavité abdominale à l'aide de compresses stérilisées et on se met à la recherche d'une

lésion viscérale quelconque. L'estomac, bien examiné, ne présente aucune lésion appréciable à l'œil nu ; le gros intestin est absolument intact, mais on constate sur un segment de l'iléon une certaine quantité de sang épanché dans l'intérieur de la cavité intestinale : le duodénum est également indemne. Il est facile de constater par la vue que le sang vient de la région rénale droite, le doigt sent d'ailleurs la surface rénale déchirée et la rupture du péritoine explique l'inondation de la cavité péritonéale par le mélange de sang et d'urine. Deux gros drains en caoutchouc accolés entourés de gaze stérilisée sont laissés dans la plaie : fermeture de la paroi abdominale par étages. Pansement, injections de sérum artificiel.

Le *23 mars*. — Température : 38°,6 le matin, 38° le soir, plus de vomissements, plus d'urines sanglantes, mais urines en petite quantité : le pouls est bien frappé. Une odeur ammoniacale très vive se dégage du malade : on défait le bandage de corps, toutes les compresses stérilisées sont imprégnées d'urine, on enlève l'un des drains, on le lave, on le remet en place, de nouveau pansement avec la gaze stérilisée.

Les jours suivants, du 24 au 31 mars, le pansement est constamment imprégné d'urine ; on le change deux fois par jour, tout en maintenant le drainage, et on fait des lavages à l'eau bouillie.

On alimente un peu le malade, on lui donne des grogs, du champagne, on fait des injections de sérum artificiel. Le malade va bien, son pouls est bon, sa langue humide, mais température du soir toujours un peu élevée, 38°,5 à 39°.

Les 1er, 2, 3, 4 *avril*, même état, mais une fistule transpéritonéale s'est nécessairement établie.

Le 5. — M. Souligoux pratique la néphrectomie totale : incision oblique classique de la 12e côte à la crête iliaque : on découvre le rein droit rompu, un peu de suppuration dans l'atmosphère périrénale. Décortication avec le doigt (néphrectomie sous-capsulaire). Dénudation de l'organe jusqu'au hile. Deux pinces-clamps sont appliquées sur les vaisseaux et l'uretère, section du pédicule à 1 centim. en dehors dans le hile. Un long drain en caoutchouc s'étendant de la plaie lombaire à la plaie abdominale traverse la cavité abdominale. Pansement.

6 *avril*. — Températnre M. 38° S. 39°,3.
7 — — M. 37° S. 39°
8 — — M. 37°,3 S. 38°,3.
Le 8. — On enlève les pinces.
Le 9. — Température 37°,4.
Le 10. — — 37°,6.

Depuis, la température se maintient à 37° matin et soir, les deux




Fig. 4.

Face postérieure. Face antérieure.

Écrasement du rein droit. (Pièce déposée au musée Dupuytren.)

plaies bourgeonnent, le malade mange très bien et est actuellement en voie de guérison complète.

Ainsi que le fait constater le dessin ci-joint de la pièce déposée au musée Dupuytren, on observe :

1° Sur la face postérieure du rein droit, juste au niveau du hile, un écrasement complet des substances corticale et médullaire du rein, intéressant le bassinet et s'étendant jusqu'au niveau du bord externe de l'organe, se prolongeant même sur la face antérieure. On s'explique facilement comment la roue de voiture s'engageant

dans l'échancrure iléo-costele e repoussé, puis calé le rein dans l'angle costo-vertébral, l'écrasant sur la colonne vertébrale : en fait, cette surface enfrectueuse qu'on observe répond à l'epophyse ransveree de la 1re lombaire ;

2° Sur le eurface entérieure du méme rein : une déchirure inférieure intéressant égelement les eubstences corticale et médulleiro à l'union du 1/3 inférieur et du 1/3 moyen de l'organe ;

Une déchirure supérieure à l'union du 1/3 eupérieur et du 1/3 moyen qui n'est autre que le prolongement de le veste déchirure de le face postérieure sur le fece entérieure.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter à un double point de vue :

1° Au point dc vue de la rareté de la rupture péritonéele dens les contusions et déchirures du rein chez l'edulte : il n'en existerait que 5 ou 6 cas dans le science *(Traité de chirurgie*, articlee de M. Tuffier et de M. Albarran). Poireault e en effet montré dens ea thése (Paris, 1882) que le déchirure du péritoine est inéviteble chez les jeunes enfants au-dessous de 10 ans, car à cette époquc l'atmosphére cellulo-adipeuse de la fece antérieure du rein commence à se développer : le péritoine plus mince, plus fortement tendu se déchire elors plus fecilement que chez l'adulte.

2° Au point de vue opératoire : ce malade serait mort infailliblement si on n'était pas intervenu. Ainsi que l'ont montré Adenot *(Société méd. de Lyon*, 1898) et Foy *(De l'intervention chirurgicale dans les déchirures du rein*, thèse Paris, 1896), les maledes succombent en pareillee circonstances.

Le pronostic à porter sur le malade pour l'avenir ne peut être que trés bon : on seit qu'eu point de vue fonctionnel les maledee néphrectomisés sont dens un état de résistence remarqueble per euite de l'hypertrophie compensetrice que le rein sain eubit.

Lymphadénome du testicule (en collaboration avec Fossard). — *Société anatomique*, juin 1900.

Macroscopiquement, le tumeur présentait une coloration blenc grisâtre, et çà et là dee ilots jaunâtres ressemblant aux points

caséeux de la tuberculose testiculaire. Testicule et épididyme sont entièrement confondus.

Les coupes histologiques, pratiquées par M. Milian, ont montré qu'il s'agissait d'un lymphadénome typique.

Épithélioma du sein droit chez l'homme. — *Société anatomique*, août 1900.

L'opération fut conduite comme chez la femme; je fis l'ablation des ganglions axillaires.

Pyonéphrose. Abouchement de deux uretères sur le rein gauche malade. Néphrectomie. Guérison (en collaboration avec Fossard). — *Soc. anat.*, août 1900.

Georges G..., âgé de 16 ans, garçon marchand de vins, est admis d'urgence à l'hôpital par l'un de nous dans l'aprés-midi du 19 juillet 1900; son médecin nous l'adresse avec le diagnostic: obstruction intestinale.

Ce jeune homme, de moyenne taille, assez bien musclé, au facies un peu anémié, nous raconte que la veille au soir 18 juillet, vers sept heures, descendant à la cave, il a ressenti subitement dans la fosse iliaque gauche et le flanc correspondant une douleur trés violente. Il n'a rien remarqué d'anormal les jours précédents : toujours bien portant habituellement, il n'a contracté aucune maladie avant son entrée à l'hôpital. Pas de blennorrhagie. Un peu de constipation habituelle : n'est pas allé à la selle depuis 4 jours. On se contente d'appliquer sur la fosse iliaque gauche des cataplasmes laudanisés, mais le jeudi matin, 19 juillet, la douleur s'est accrue, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

Nous passons à l'examen du ventre : le ballonnement est prononcé, la palpation de la fosse iliaque droite ne détermine aucune douleur; au contraire, celle de la fosse iliaque gauche et du flanc correspondant arrache des cris au malade. Le ballonnement em-

pêche de rien sentir à ce niveau. Température axillaire : 39°,2. Quelques nausées.

On se contente de placer le malade en observation salle Nélaton, lit n° 6. Diète lactée. Glace sur le ventre.

20 juillet. — Température, matin 38°,6, soir 39°,4.

Les urinea présentent un aspect trouble.

La douleur est prononcée plus en arrière, au niveau de l'échancrure ilio-costo-lombaire.

La constipation est toujours intense.

21 et 22. — Température, matin 37°,6, soir 39°,3.

Les urines laissent déposer au fond du bocal une assez grande quantité de pus. On les fait analyser. La portion d'urine qui surnage reste toujours trouble avec une teinte un peu rougeâtre.

Le malade va à la selle sous l'influence d'un lavement glycériné.

On pense à une pyonéphrose en voie d'évolution, et cependant la palpation bimanuelle ne permet pas de sentir nettement l'augmentation du volume du rein.

23. — Toujours température à exacerbation vespérale, 37° le matin, 38° le soir.

L'examen des urines révèle la présence d'un peu de sang, de pus assez abondant et de 4 gr. 50 d'albumine par litre.

24. — Température 37°.

Urines : dépôt abondant de pus au fond du bocal (presque le quart). Trouble de l'urine qui surnage.

Par la palpation bimanuelle lombo-abdominale on arrive à saisir entre les deux mains une masse lisse, semblant fluctuante. Si la main lombaire repousse légèrement et brusquement la tumeur au devant de la main antérieure, on obtient le ballottement rénal. A la percussion, un peu de sonorité en avant de la tumeur.

M. Souligoux porte le diagnostic de pyonéphrose.

25. — Température 37°.

Le malade éprouve moins de douleurs, mais son état général s'altère.

26. — Brusquement, température matin 39°,6, soir 38°.

27, 28, 29. — Grandes oscillations. Le soir, température 40°, matin 38°.

Les violentes douleurs de la région rénale gauche empêchent de dormir le malade qui se cachectise.

On perçoit de mieux en mieux l'augmentation de volume du rein à la palpation bimanuelle.

Urines toujours rouges et purulentes.

30. — Température 38°.

31. — Température 37°. On se trouve évidemment en présence de *crises de rétention* avec *débâcles purulentes*.

Le malade maigrit de plus en plus, aussi M. Souligoux se décide-t-il à intervenir le 31 juillet.

Opération. — Anesthésie au chloroforme. Pendant le sommeil, en palpant avant d'intervenir, on sent très distinctement la fluctuation.

Décubitus latéral sur le côté sain, c'est-à-dire le côté droit.

Incision classique oblique lombo-iliaque (11e côte à la crête iliaque).

Les parties molles rapidement sectionnées, on tombe sur une tumeur rénale bilobée volumineuse, s'étendant du diaphragme à la moitié de la fosse iliaque gauche.

On essaie de la délimiter avec les doigts, mais adhérences très nombreuses avec tous les organes du voisinage. On se décide à la ponctionner avec le trocart, des compresses stériles circonscrivant la tumeur.

Il s'écoule un pus jaunâtre teinté par du sang, d'odeur un peu fétide : on en recueille dans une pipette stérilisée, préalablement flambée. La quantité évacuée peut s'évaluer à presque un litre. La décortication de la tumeur est alors rendue plus facile malgré les nombreuses adhérences qui saignent.

La poche rénale est enfin extirpée. Elle se compose de deux parties bien distinctes sur chacune desquelles vient aboutir très nettement un uretère.

Ainsi qu'on le peut constater, la *partie inférieure* de cette tumeur globuleuse (2/3 de la poche) est grisâtre, creusée de cavités séparées par des cloisons, dernier vestige des colonnes de Bertin. Ces loges, de dimensions variables, représentant les calices dilatés, communiquent entre elles par une cavité centrale correspondant

au bassinet, car l'uretère inférieur y aboutit ; leur surface interne est tomenteuse, la consistance eet assez ferme. On retrouve en un mot cet aspect un peu spécial que la combinaison des processus destructifs et adhésifs de la substance rénale donne aux pochee de pyonéphrose.

La *partie supérieure* de la tumeur (1/3 de la poche) est complètement différente d'aspect ; là le tissu rénal existe, mais il est pâle, gris terne ; il ne eaigne pas à la section du bistouri, il est évidemment malade : l'uretère supérieur y aboutit et on constate à la eurface de la substance corticale quelquee petite points jaunâtres de dimensions variables.

On se met en mesure de procéder à la ligature du pédicule du rein. Entre les deux uretères, gangue vasculaire répondant au hile : ligature de ces vaisseaux atrophiés à la soie, ligature, puis eection des deux uretères.

Extirpation du rein malade.

Deux plans profonds de suture au catgut pour les parties mollee.

Suture de la peau au crin de Florence.

Large drainage par tube de caoutchouc.

Lavages de la vessie à la fin de l'opération avec de l'eau boriquée.

Un litre de sérum artificiel en injections sons-cutanées.

Température le eoir 37°,3.

1er *août*. — Matin 37°, soir 38°.

Sérum artificiel, injection de morphine.

2, 3. — Les suites opératoires sont excellentes.

La température oscille entre 37° et 37°,6.

Les urines sont maintenant claires, non sanglantes, plus de dépôt.

4. — On retire le drain, on le nettoie, la plaie a très bon aspect.

10. — On coupe les fils euperficiels, le drain est raccourci.

Température 37°, le malade e'alimente, reprend ses forces.

12. — On supprime la mèche de gaze etérilieée qui remplaçait le drain.

Le malade est convalescent.

L'examen bactériologique du pus pratiqué par M. Milian a révélé surtout l'existence de staphylocoques et de coli.

L'intérêt de cette observation réside :

Au point de vue clinique, dans la difficulté du diagnostic qu'il y avait à porter au début en pareille circonstance. Sans passé urinaire, sans symptômes précédents de lithiase rénale ou de rein mobile, un jeune garçon est pris subitement en plein état de santé de douleur violente dans la fosse iliaque gauche accompagnée de constipation intense, de nausées, de ballonnement considérable du ventre empêchant de percevoir toute tumeur, température 39°,2. Le diagnostic était particulièrement hésitant.

M. Albarran a déjà signalé un cas se rapprochant du précédent : début brusque par des phénomènes simulant l'étranglement interne au point que l'interne de garde l'envoya chercher pour opérer une obstruction intestinale. M. Albarran, constatant l'existence d'une tumeur péri-ombilicale et du pus dans l'urine fit le diagnostic de pyonéphrose dans un rein mobile.

Au point de vue opératoire. — S'il existe des cas assez nombreux de duplicité urétérale, il n'en est pas moins vrai que la présence d'une pyonéphrose avec double uretère rendait particulièrement délicate la décision que devait prendre l'opérateur, d'autant plus que la cystoscopie et le cathétérisme urétéral n'avaient pas été pratiqués en pareille circonstance.

Existait-il bien un rein du côté opposé ? Était-il sain ? Devait-on pratiquer une néphrectomie partielle ? laisser en place toute la portion du rien où aboutissait l'uretère supérieur ? On sait, en effet, qu'au point de vue histologique on constate souvent dans les pyonéphroses une conservation étonnante des canalicules et de leur épithélium dans des portions de tissu rénal paraissant à la vue très malades. Quatre heures après l'opération, le malade émettait un demi-litre d'urine ; tous les doutes tombaient alors sur l'existence et le bon fonctionnement du rein droit.

Enfin quelle est la cause de cette *pyonéphrose sans cystite ?*

Il est très vraisemblable quo nous nous sommes trouvés en présence d'une uro-pyonéphrose ou hydronéphrose secondairement infectée par voie de la circulation sanguine, ainsi que l'ont montré les travaux récents de MM. Albarran, Reblaud, Bonneau et Gosset.

II. — ANATOMIE

I. — ANATOMIE DU THORAX

Des insertions des muscles intercostaux.

D'aprés mes recherches, le mode d'origine des intercostaux varie suivant le point considéré. En arrière et dans le voisinage de l'angle des côtés, les intercostaux internes naissent uniquement de la lèvre interne de la gouttiére sous-costale. Plus en avant ils naissent par deux ordres de fibres ; les unes, les plus fortes et les plus nombreuses, viennent comme les fibres de l'intercostal externe de la lèvre externe de la gouttiére sous-costale ; les autres, peu nombreuses, s'attachent sur la lèvre interne de la même gouttière. Ce mode d'insertion sur les lévres de la gouttière sous-costale détermine la formation d'un canal ostéo-musculaire dans lequel cheminent les vaisseaux et nerfs. Comme la partie profonde, l'intercostale interne est la moins épaisse, le paquet vasculo-nerveux se voit par transparence, presque sous-pleural. Cette situation superficielle par rapport à la plèvre, permet de se rendre compte de la cause des névralgies intercostales consécutives à la moindre inflammation pleurale. Ces recherches ont été admises par tous et le *Traité d'anatomie* de M. Poirier les reproduit intégralement.

Rapport des vaisseaux et nerfs avec les muscles intercostaux.

A la partie postérieure de l'espace intercostal, les vaisseaux et nerfs sont d'abord situés entre les deux muscles intercostaux, puis se placent à l'union du tiers postérieur avec le tiers moyen dans les deux chefs d'insertion de l'intercostal interne.

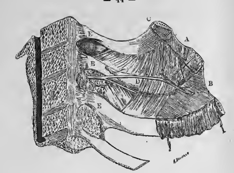


FIG. 5. — Partie postérieure de l'espace intercostal.

A. Muscle intercostal interne du 1er espace. — B. Muscle intercostal externe du 2e espace. L'interne a été enlevé dans une partie de son étendue. — C. Artère mammaire interne accessoire. — D. Nerf intercostal dans ses rapports avec l'intercostal interne. — E, E, E. Fossettes prévertébrales, où sont situées au milieu du tissu cellulo-graisseux des ganglions lymphatiques.

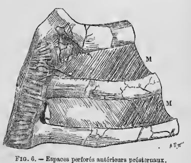


FIG. 6. — Espaces perforés antérieurs présternaux.

Le muscle intercostal interne du 1er espace s'insère sur le cartilage des 1re et 2e côtes. — M, M. Muscles intercostaux externes.

Coupes de l'espace intercostal.

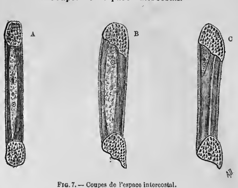


FIG. 7. — Coupes de l'espace intercostal.

A. — Coupe faite un peu en avant de l'origine de l'intercostal interne. — B. Coupe à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de l'espace. Dessin du professeur Tillaux. — C. Coupe à l'union de la partie moyenne. On voit le muscle interne très épais, s'insérant aux deux lèvres de la gouttière, et comprenant dans son dédoublement les vaisseaux et les nerfs. Les deux muscles se sont séparés que par une mince couche celluleuse.

Vaisseaux intercostaux.

J'ai montré que les artères intercostales dans les espaces intercostaux avaient une importance variable, et que les intercostales proprement dites ne fournissaient que de minimes artères à la paroi thoracique, se distribuant par leur branche postérieure la plus volumineuse, surtout au muscle de la région spinale, mais qu'elles étaient suppléées par les branches accessoires, mammaire, interne, artère thoracique longue.

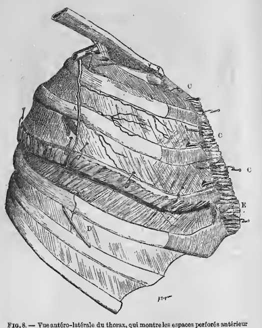


FIG. 8. — Vue antéro-latérale du thorax, qui montre les espaces perforés antérieur et latéraux.

Au 4[e] espace, on voit les vaisseaux et nerfs séparés de la plèvre par quelques faisceaux seulement de l'intercostal interne et l'aponévrose interne. — Cercle vasculaire de l'espace.

A. Artère thoracique longue. — C, C, C. Artères perforantes antérieures. — D. Nerfs perforants. — E. Muscle grand pectoral.

Artère mammaire interne accessoire.

Nous avons rencontré plusieurs cas de cette variété artérielle signalée pour la première fois par Otto sous le nom de ramus costalis lateralis sous-intercostal.

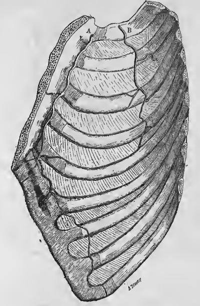


Fig. 9.— A. Artère mammaire interne.— B. Artère mammaire interne accessoire.

Les ganglions lymphatiques du thorax.

Se divisent en superficiels et profonds. Les superficiels sont appendus aux branches de l'artère mammaire externe ; un petit ganglion est situé au niveau du bord inférieur du thorax sur la seconde intersection du muscle droit de l'abdomen. Les profonds sont moyens, postérieurs ou antérieurs. Les antérieurs sont logés

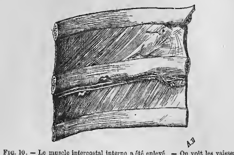


Fig. 10. — Le muscle intercostal interne a été enlevé. — On voit les vaisseaux et ganglions lymphatiques intercostaux.

sous les fossettes sternales, tantôt uniques, tantôt doubles dans chaque espace. Les postérieurs, au nombre de 16 à 20 de chaque côté, sont situés dans la partie postérieure des espaces intercostaux, en avant des têtes costales, contre la face antérieure des vertèbres dorsales. Les latéraux, ordinairement très petits, occupent l'espace intercostal situé entre les muscles interne et externe.

Fossettes sternales.

Nous avons étudié la loge des ganglions sternaux situés dans

des fossettes qui s'étendent tout le long de ses bords. Il existe cinq

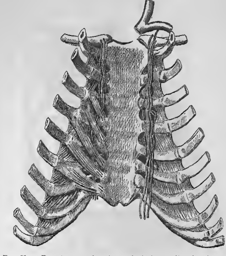


FIG. 11. — Fossettes sternales où sont logés des ganglions lymphatiques.

de ces fossettes, la cinquième est située entre la cinquième et la sixième côte.

Lymphatiques de la plèvre.

J'ai repris les expériences de Dibkowsky et Troisier, en injectant, dans la plèvre de lapins vivants, du bleu de Prusse tenu en suspension dans l'eau stérilisée et j'ai pu voir l'absorption par les

lymphatiques puisque les ganglions étaient colorés. Jamais sur une plèvre normale je n'ai obtenu d'injections des lymphatiques par le mercure, mais j'ai pu injecter un beau réseau lymphatique



FIG. 12. — Vaisseaux lymphatiques des adhérences pleurales, communiquant avec ceux de l'espace intercostal.

sur la plèvre enflammée et sur les adhérences pleurales. M. Sappey, à qui j'ai montré ces pièces, a parfaitement admis que c'étaient bien des lymphatiques que j'avais injectés. J'ai vu ces lymphatiques pleuraux communiquer avec ceux de l'espace intercostal.

Direction de l'estomac (en collaboration avec Reynier). — *Société anatomique*, décembre 1891.

Frappés de ce fait que, quelle que soit l'incision, on tombait dans la gastrostomie près du pylore nous avons étudié la direction et la situation de l'estomac. Il résulte de nos recherches que les varia-

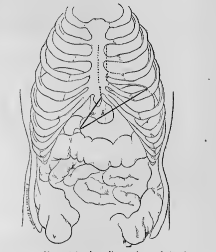


Fig. 13. — Estomac vide. — *a*) Axe du cardia au pylore. — *b*) Axe du sommet de la grosse tubérosité au pylore.

tions signaléea entre les auteurs tiennent surtout à la façon dont on comprend l'axe de l'estomac. Les auteurs français faisaient passer l'axe, du fond de la grosse tubérosité au pylore; lea auteurs étrangera Bentz, Luscka, Henle appelaient axe de l'eatomac la ligne réunisaant le cardia au pylore.

En réalité, l'axe vrai est celui qui traverse l'organe dans son plus grand diamètre, ce qui explique que nos auteurs aient pu dire que l'estomac était presque transversal. Nous avons confirmé les recherches de Cloquet qui écrivait : « La direction de l'estomac est communément presque transversale et seulement un peu oblique, à droite et

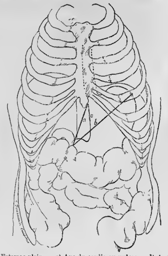


Fig. 14. — Estomac plein. — a) Axe du cardia au pylore. — b) Axe du sommet de la grosse tubérosité au pylore.

en avant : lorsque ce viscère est rempli par les aliments, cette obliquité augmente et l'estomac se rapproche de la direction verticale. »

Nous avons montré, de plus, que l'estomac se compose de deux parties, l'une transversale : c'est la région pylorique, en rapport avec la paroi ; l'autre, qui représente la grosse tubérosité, est cachée sous les côtes et le diaphragme.

III. — SYSTÈME VASCULAIRE SANGUIN

Artères et veines de l'utérus et de l'ovaire. — *Soc. anat.*, novembre 1894.

Artère utérine. — Née de l'hypogastrique, l'artère utérine, après avoir cheminé sur la face latérale du petit bassin, se porte en dedans, passant en avant de l'uretère, puis suit un trajet ascendant, arrive au sommet de l'utérus, fournit des vaisseaux au ligament rond.

Arrivée en ce point, elle se divise en plusieurs branches qui courent dans la partie supérieure du ligament large ; l'un de ces rameaux s'anastomose avec des branches de l'utéro-ovarienne; les autres se distribuent à la trompe, au ligament large.

Artère utéro-ovarienne. — L'artère utéro-ovarienne ne mérite nullement ce nom; elle est essentiellement ovarienne, rien qu'ovarienne. Elle est caractérisée par son mince volume et le nombre considérable de circuits qu'elle décrit ; elle est en effet plissée, comme on peut le voir sur les planches. Arrivée au ligament large, elle se résout en une quantité de petits rameaux ; parmi ceux-ci, les uns s'anastomosent entre eux, puis se rendent à l'ovaire, les autres se réunissent aux branches terminales de l'utérine. De cet ensemble d'anastomoses résulte un plexus artériel compris dans le ligament large, d'où naissent les artères externes de l'ovaire.

L'une des branches de division de l'utérine passe un peu en avant de l'ovaire, auquel elle fournit ses vaisseaux internes.

L'utérus reçoit donc ses artères seulement de l'utérine, tandis que l'ovaire est irrigué à la fois par l'utéro-ovarienne et l'artère utérine.

Il m'a semblé intéressant d'étudier la longueur totale de l'artère utérine :

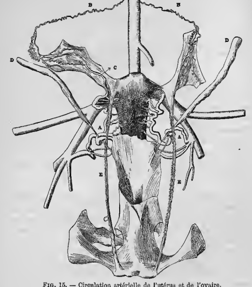


Fig. 15. — Circulation artérielle de l'utérus et de l'ovaire.

A. A. Artère utérine. — B. B. Artère utéro-ovarienne — C. Terminaison de l'utérine dans le ligament large. — D. Uretère. — E. E. Ligament rond et artères du ligament rond.

1° De son origine au point où elle passe en avant de l'uretère, 8 centim. ;

2° De ce point à la partie supérieure de l'utérus, en tenant compte des circuits qu'elle décrit, 15 centim. ;

3° Sa partie terminale comprise entre le sommet de l'utérus, 8 centim., et le point où elle s'anastomose avec l'artère utéro-ovarienne.

Le total est donc de 31 centim.

Chose curieuse, l'artère utérine, jusqu'à la portion moyenne



Fig. 16. — Artères de l'ovaire.

A. Ovaire. — B. Branche terminale de l'artère utérine dans le ligament large. — C. Artère utéro-ovarienne avec ses branches anastomotiques. — D. Artère de l'ovaire naissant de l'artère utérine.

de l'utérus, diminue peu de volume, ce qui tient à ce qu'elle donne peu de branches à la vessie et au col utérin. Mais dans la partie moyenne de l'utérus elle diminue rapidement de volume, parce qu'en ce point des branches volumineuses et nombreuses s'en détachent.

Circonférence	au point où elle contourne l'uretère...	0m,104
—	à la partie moyenne.................	0m,103
—	au moment où elle quitte le bord latéral de l'utérus pour parcourir le bord supérieur du ligament large.............	0m,008

L'artère utéro-ovarienne dépasse rarement 4 millim. de circonférence.

Veines de l'appareil utéro-ovarien. — Nous avons vu que le système artériel se divise nettement en deux troncs, l'un, l'artère

utero-ovarienne qui ne va qu'à l'ovaire ; l'autre, l'artère utérine qui va surtout à l'utérus, au ligament large et accessoirement à l'ovaire.

Il n'en est pas de même du système veineux.

FIG. 17. — A. Aorte. — B. Veine cave. — C. C. Veines utéro-ovariennes. — D. Anastomose de la veine utéro-ovarienne droite avec la veine rénale. — E. E. Plexus pampiniforme recevant les veines du tiers supérieur de l'utérus. — F. F. Uretère enlacé par les veines utérines. — G. G. Épine iliaque antérieure et supérieure.

A leur naissance de l'utérus les veines, très nombreuses, forment sur ces parties latérales un plexus tellement volumineux que l'artère, injectée à la cire colorée en rouge, s'aperçoit à peine par intervalles au milieu de la masse bleuâtre des veines.

A mesure qu'elle s'éloigne de l'utérus, les veines se réunissent forment des troncs ou plutôt des groupes composés de veines volumineuses.

Le groupe supérieur venu de l'extrémité supérieure de l'utérus va se réunir aux veines utéro-ovariennes.

Les branches de la partie utérine moyenne se réunissent en deux troncs qui passent l'un en avant, l'autre en arrière de l'uretère.

Les veines nées de la partie inférieure de l'utérus, de la face antérieure du vagin, de la paroi postérieure de la vessie, forment de gros troncs qui remontent sur les parties latérales pour se jeter dans la veine du groupe précédent qui passe en arrière de l'uretère. On voit parfois une veine venue de la face postérieure de la vessie cheminer sur la face antérieure de l'utérus pour aller se réunir aux veines nées de la partie moyenne.

Les derniers rameaux utérins unis à ceux du vagin vont, en passant les uns en avant, les autres en arrière de l'uretère, se jeter dans le gros tronc veineux qui lui est postérieur.

Les plus inférieurs, nés surtout du vagin, forment un tronc volumineux qui après un trajet assez long se jette dans la veine utérine.

L'extrémité supérieure de l'utérus donne naissance à de gros troncs veineux qui cheminent à la partie supérieure du ligament large, forment près de l'ovaire le plexus pampiniforme, et reçoivent les veines de l'ovaire, du ligament rond et du ligament large, puis se réunissent en un tronc unique qui va se jeter à droite dans la veine cave, à gauche dans la veine rénale. Sur la pièce que représente ce dessin on voyait la veine utéro-ovarienne droite envoyant, au moment de se jeter dans la veine cave, une anastomose à la veine rénale droite.

Le volume de la veine utéro-ovarienne est presque aussi considérable que celui de la veine utérine.

Somme toute, nous voyons que le sang veineux utérin a bien nettement deux voies presque aussi importantes l'une que l'autre : la voie supérieure, avec la veine utéro-ovarienne ; la voie pelvienne avec la veine utérine, et que l'uretère est entouré, au point où il

s'abouche dans la vessie, par un plexus veineux qui l'enserre au point de le cacher.

Artère utérine et utéro-ovarienne chez une femme enceinte de quatre mois. — Ayant eu l'occasion d'examiner l'utérus d'une

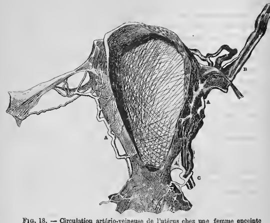


Fig. 18. — Circulation artério-veineuse de l'utérus chez une femme enceinte de 4 mois.

A.A.A. Artère utérine. — B. Système veineux utéro-ovarien recevant le sang du tiers supérieur de l'utérus. — L. Système veineux utérin recevant le sang des deux tiers inférieurs de l'utérus.

femme de quatre mois, j'ai été frappé de la différence de développement des deux systèmes, artériel et veineux.

L'artère utérine n'a pas augmenté beaucoup de volume ; celui-ci, en effet, à sa partie moyenne, n'est que de 1 cent. 9 millim. Mais les flexuosités qu'elle décrit ont en grande partie disparu.

Sa longueur, de son origine au point où elle passe en avant de l'uretère, est de 11 centim.; de là au sommet de l'utérus elle mesure 15 centim.

Sa branche terminale, qui longe le bord supérieur du ligament large pour s'anastomoser avec l'utéro-ovarienne, n'a pas, ainsi que celle-ci, augmenté de volume.

Veines utérines et utéro-ovariennes. — Il en est tout autrement des veines utérines et utéro-ovariennes.

Les veines utérines sont énormes. Injectées à la cire colorée en bleu, ellea se présentent sous l'aspect d'une masse, d'un lacis inextricable au milieu duquel, par places, dans une éclaircie, se voit l'artère utérine colorée en rouge.

De ce plexus latéral de l'utérus naissent de gros troncs; les inférieurs vont former les veines utérines proprement dites et reçoivent le sang des deux tiers inférieurs de l'organe.

Le tiers supérieur envoie son sang aux veines utéro-ovariennes qui sont d'ailleurs tout aussi volumineuses que les veines utérines. Ces veines utéro-ovariennes injectées ont 3 centim. 4 de circonférence.

Parmi ces branches on en voit une qui, venue de la partie supérieure de l'utérus, donne aprés un court trajet un rameau qui va s'unir aux branches de formation de l'utéro-ovarienne, et une autre branche qui, longeant la trompe jusqu'à son pavillon, va se réunir à une des branches qui naissent de l'ovaire.

Anomalie de l'artère humérale. — *Société anatomique*, avril 1893.

L'artère axillaire se divise au niveau du bord inférieur du grand pectoral en deux branches de même volume. L'une de ces branches fournit l'artère radiale et l'artère cubitale; celle-ci est superficielle et ne fournit pas l'interosseuse. La deuxième branche de bifurcation de l'artère axillaire fournit l'interosseuse qui passe sous l'expansion aponévrotique du biceps, fournit les artères récurrentes cubitales antérieure et postérieure et l'artère interosseuse normale.

La dsitribution des artères de la main se faisait suivant le type classique.

Anomalie de la saphène externe. — *Société anatomique*, 15 novembre 1895.

Arrivée à 10 centim. du milieu du creux poplité, cette veine accompagnée d'une petite artère se porte légèrement en debors, perfore le muscle jumeau externe et le traverse pour aller se jeter dans la veine poplitée un peu au-dessus de l'interligne articulaire du genou.

Anomalle de l'artère cubltale. — *Société anatomique*, 15 novembre 1895.

L'artère humérale s'est bifurquée juste au-dessus de l'épitrochlée. L'artère cubitale passe derrière l'èpitrochlée qu'elle contourne et suit sous-aponévrotique le trajet du muscle cubital antérieur. L'artère radiale, plus volumineuse qu'à l'état normal, donne au niveau du pli du coude l'artère interosseuse.

Anomalle de l'artère humérale. — *Société anatomique*, 15 novembre 1895.

A son origine l'artère humérale donnait une branche volumineuse qui descendait parallèlement à elle et allait se jeter dans l'artère radiale à quelques centimètres au-dessous de son origine. Cette branche anastomotique donnait des rameaux allant se rendre aux muscles biceps et brachial antérieur.

IV. — SYSTÈME MUSCULAIRE

Muscle coraco-brachial supplémentaire. — *Société anatomique*, février 1894.

Ce muscle va s'insérer au ligament coraco-huméral de Sappey et en bas, dans toute sa longueur, sur la corde tendineuse de Stuthers.

Muscle euplémentaire de l'avant-bras. — Au niveau du poignet, en dehors du cubital antérieur, en dedans du petit palmaire et sur un plan légèrement postérieur, on voyait un muscle supplémentaire, large et aplati à sa partie inférieure, mince et se terminant sur un long tendon à sa partie supérieure, qui s'accolait au petit palmaire.

Près du poignet, ce muscle se divisait en deux faisceaux: l'un petit, interne, qui allait par un mince et court tendon s'insérer sur le pisiforme; l'autre externe, plus large, se fixait par une courte mais très épaisse aponévrose au plan postérieur du ligament annulaire antérieur du carpe. De plus, il envoyait du côté externe une bride tendineuse assez forte qui, après avoir recouvert les tendons fléchisseurs, allait s'insérer à l'apophyse styloïde du radius.

Anomalie du cubital antérieur. — A la partie moyenne de l'avant-bras, le cubital antérieur se divise en deux faisceaux : l'un interne, très volumineux, qui continue le trajet du muscle; l'autre externe, très petit, se jette sur un mince tendon qui va se joindre à l'expansion fibreuse qu'envoie le cubital antérieur à l'adducteur du petit doigt, au moment de la naissance de ce dernier muscle.

Anomalie du deuxième radial externe. — De l'extrémité inférieure du corps charnu du deuxième radial externe se détachent quelques fibres musculaires qui vont se jeter aussitôt sur la face antérieure d'un tendon aplati, très long, qui se porte en bas et en dehors, s'accole au bord interne du tendon du premier radial externe et va s'insérer avec lui sur la face postérieure de l'extrémité postérieurs du deuxième métacarpien.

Variété du muscle adducteur du petit doigt. — Aux fibres normales du muscle, dans la variété que je signale, venait se joindre un petit faisceau charnu qui s'insérait en haut à l'aponévrose antibrachiale. Il descendait un peu obliquement de dehors eu dedans, recouvrant dans son trajet le fléchisseur superficiel, et au voisinage du pisiforme l'artère cubitale.

Anomalie du muscle biceps. Trois chefs. — Le troisième chef du biceps, né de l'humérus vers sa partie moyenne. Cette insertion supérieure occupe une étendue de 9 à 10 centim., située entre l'insertion du brachial antérieur et celle du coraco-brachial. Ce muscle est relativement très épais et renflé en forme de fuseau à sa partie médiane.

L'insertion inférieure se fait par un tendon qui se continue avec l'expansion aponévrotique fournie par le tendon des deux autres portions et plus en dedans avec l'aponévrose brachiale. La face antérieure du tendon est dépourvue dans une assez grande étendue de fibres musculaires, tandis que sur sa face postérieure celles-ci ne disparaissent qu'à un centimètre environ du point où se fait la réunion avec l'expansion aponévrotique.

Rapports. — Il est enclavé entre le brachial antérieur situé en dehors, et le coraco-brachial et la portion interne du triceps en dedans.

Anomalie du muscle sous-clavier. — Ce muscle est formé d'un seul cylindre de fibres qui s'étendent de la clavicule à la base de l'apophyse coracoïde, à un centimètre au-dessus de l'échancrure coracoïdienne.

Ce muscle sous-clavier ne prenait aucune insertion sur la première côte.

Anomalies de l'angulaire de l'omoplate. — Premiencas. — Il existe un faisceau surnuméraire qui vient de la partie la plus large du muscle, descend verticalement et va s'insérer sur la première côte. Étroit à sa naissance, ce faisceau s'élargit à son insertion costale.

Deuxième cas. — Il existe un petit faisceau qui, né à droite par une languette aponévrotique de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale, se porte en haut et après un trajet de 13 centim. se termine par un court tendon sur le tubercule postérieur de l'apophyse transverse de l'atlas, se confondant avec le tendon de l'angulaire.

A gauche, ce même faisceau existe, mais après un trajet de 8 centim. il se confond avec le corps de l'angulaire.

Troisième cas. — Un faisceau assez épais se détache de l'angulaire de l'omoplate et après un trajet assez long va se porter sur un tendon qui s'épanouit en une large aponévrose, laquelle va se réunir à une aponévrose épaisse qui recouvrait la face profonde du rhomboïde. Ce tendon ne prend aucune insertion sur les os.

Muscle surnuméraire du cou. — Ce muscle occupait le creux sus-claviculaire.

Né de la face inférieure de la clavicule, près du bord postérieur à l'extrémité externe de la concavité interne de cet os par quelques courtes fibres tendineuses, il décrivait une courbe à convexité supérieure. Après un trajet assez long il se portait sur quatre petits tendons très brillants. Trois de ces derniers allaient s'insérer sur le ligament interclaviculaire, le quatrième allait se mêler aux fibres tendineuses du sterno-cléido-hyoïdien.

Anomalie du couturier. — Dans ce cas le couturier, après un trajet d'environ 2 centim. au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, se divisait en deux faisceaux. Le plus gros continuait le trajet normal du muscle et s'insérait comme d'habitude ; le plus grêle, qui était le plus antérieur, allait se porter, à la hauteur de la rotule, sur un tendon mince et aplati qui se confondait avec l'aponévrose fémorale près du bord interne de cet os.

Un cas d'extenseur propre du deuxième orteil. — A 10 centim. environ de son origine, l'extenseur commun se divise : un faisceau se porte sur un tendon grêle qui est parallèle et juxtaposé à la masse du muscle, mais en est séparé par une mince lame aponévrotique. Ce tendon s'engage dans une gaine spéciale du ligament annulaire du tarse, au-dessous duquel il envoie une ramification au tendon du troisième orteil.

Anomalies d'insertion du sus-épineux. — Un peu au-dessus du bord inférieur du tendon du grand pectoral naissait une lamelle tendineuse perpendiculaire à la direction des fibres d'insertion de ce muscle. D'abord aplatie, cette lame se dessinait graduellement et émergeait enfin à la face profonde ou postérieure du tendon sous la forme d'un vrai cordon tendineux. Ce dernier, continuant son trajet ascendant, s'engageait dans la coulisse bicipitale en

compagnie de la longue portion du biceps et allait se confondre avec le tendon du sus-épineux qui ne s'insérait pas sur la facette de la grosse tubérosité de l'humérus qui lui est destinée.

Ce faisceau tendineux constituait donc son véritable tendon d'insertion.

Muscle coraco-brachial de Cruveilhier. — *Société anatomique.* mars 1894.

Ce muscle dans ce cas existait des deux côtés. A droite il naissait au-dessous du petit trochanter, en arrière du tendon du grand dorsal, se portait en haut passant au-devant du muscle sous-scapulaire, puis se divisait en deux chefs, l'un interne qui allait s'insérer sur une arcade aponévrotique occupant le tiers moyen du bord interne de l'apophyse coracoïde, l'autre externe plus large se divisait à sa partie terminale en deux parties : l'une allait au sommet même de l'apophyse coracoïde, l'autre sur le ligament coraco-huméral de Sappey.

Du côté gauche il n'existait qu'un seul faisceau qui s'insérait au bord interne de la coracoïde.

Muscle manieux. — *Société anatomique*, février 1896.

Ce muscle, situé sous les tendons de l'extenseur commun des doigts, s'insérait par plusieurs petites bandelettes fibreuses à la partie postérieure et médiane du ligament postérieur de l'articulation radio-carpienne. A ces lames font immédiatement suite un petit corps charnu qui se porte sur un tendon qui s'appuie sur la partie supérieure de la face interne du médius, reçoit le tendon de l'interosseux, longe la languette médiane de l'extenseur commun sans y prendre aucune insertion et se fixe par une lame aponévrotique très mince sur l'extrémité postérieure et interne de la deuxième phalange du médius.

TABLE ANALYTIQUE

I. — PATHOLOGIE

II. — ANATOMIE

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE. — HAVRE